Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ADOLESCENCIA: 14 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SÍ MISMO

NOMBRE DEL NIÑO(A) | FECHA DE NACIMIENTO

ALERGIAS | MEDICAMENTOS ACTUALES

ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA

SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Desayuno todos los días.	☐	☐	Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.
☐	☐	Tengo a alguien con quien hablar.	☐	☐	Hago alguna actividad física todos los días.
☐	☐	Tengo preguntas sobre la sexualidad.	☐	☐	Duermo suficiente; _____ horas por noche.

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | BLOOD PRESSURE

☐ Review of systems ☐ Review of family history

_____

Screening:

Hearing Screen

MHZ	R	L
4000	_____	_____
2000	_____	_____
1000	_____	_____
500	_____	_____

Vision Screen R 20/ _____ L 20/ _____

	N	A	
Development	☐	☐	_____
Behavior	☐	☐	_____
Social Emotional	☐	☐	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	☐	☐	Chest	☐	☐
Skin	☐	☐	Lungs	☐	☐
Head	☐	☐	Cardiovascular/Pulses	☐	☐
Eyes	☐	☐	Abdomen	☐	☐
Ears	☐	☐	Genitalia	☐	☐
Nose	☐	☐	Spine	☐	☐
Oropharynx/Teeth	☐	☐	Extremities	☐	☐
Neck	☐	☐	Neurological	☐	☐
Nodes	☐	☐	Gait	☐	☐
Mental Health	☐	☐			

Describe abnormal findings:

_____

_____

_____

Diet _____

Sleep _____

☐ Dental Referral ☐ Tb ☐ Cholesterol ☐ Hgb/Hct

☐ Review Immunization Record

Health Education: (Check all completed)

☐ Nutrition/Weight Control ☐ Dental Care ☐ Adequate Sleep

☐ Development ☐ Seat Belt ☐ Helmets ☐ Smoking

☐ Regular Physical Activity ☐ Abstinence/sex education

☐ Suicide/Depression ☐ Drugs/Alcohol ☐ Self Exam

☐ Injury Prevention/Safety ☐ STD/HIV/AIDS

☐ After school supervision

Assessment:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

NEXT VISIT: 16 YEARS OF AGE

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

HEALTH PROVIDER ADDRESS

DSHS 13-686 SP (REV. 08/2001)

☐ SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

ADOLESCENCE: 14 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (14 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Adolescent is in a household with people with tuberculosis or is in close contact with someone with the the disease.
- Adolescent is in close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

Urinalysis Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of urinalysis. Use dipsticks combining the leukocyte esterase and nitrite tests to detect asymptomatic bacteria.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - ADOLESCENCIA: 14 AÑOS

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE - 14 YEARS
(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

ADOLESCENCIA: 14 AÑOS

NOMBRE DEL NIÑO(A) | FECHA DE NACIMIENTO

ALERGIAS | MEDICAMENTOS ACTUALES

ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA

A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SÍ MISMO

SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Desayuno todos los días.	☐	☐	Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.
☐	☐	Tengo a alguien con quien hablar.	☐	☐	Hago alguna actividad física todos los días.
☐	☐	Tengo preguntas sobre la sexualidad.	☐	☐	Duermo suficiente; _____ horas por noche.

PESO Kg./Oz. PORCENTAJE | ALTURA CM/IN. PORCENTAJE | PRESIÓN SANGUÍNEA

☐ Revisión de los sistemas ☐ Revisión del historial familiar

_____

Exploraciones:

Examen de audición

MHZ	D	I
4000	_____	_____
2000	_____	_____
1000	_____	_____
500	_____	_____

Examen de la vista D 20/ _____ I 20/ _____

	N	A	
Desarrollo	☐	☐	_____
Comportamiento	☐	☐	_____
Social/Emocional	☐	☐	_____

Físico:

	N	A		N	A
Apariencia general	☐	☐	Pecho	☐	☐
Piel	☐	☐	Pulmones	☐	☐
Cabeza	☐	☐	Pulsaciones/ Cardiovasculares	☐	☐
Ojos	☐	☐	Abdomen	☐	☐
Oídos	☐	☐	Genitales	☐	☐
Nariz	☐	☐	Columna	☐	☐
Orofaringe/Dientes	☐	☐	Extremidades	☐	☐
Cuello	☐	☐	Sistema Neurológico	☐	☐
Ganglios	☐	☐	Manera de caminar	☐	☐
Salud mental	☐	☐			

Describa anormalidades encontradas:

_____

_____

_____

Alimentación _____

Sueño _____

☐ Derivación odontológica ☐ Tuberculosis ☐ Colesterol ☐ Hgb/Hct

☐ Revisión del historial de inmunizaciones

Educación de la salud: (Marcar lo que se completó)

☐ Nutrición/ Control de peso ☐ Cuidado dental ☐ Sueño adecuado

☐ Desarrollo ☐ Cinturón de seguridad ☐ Cascos ☐ Fumar

☐ Actividad física regular ☐ Abstinencia/Educación sexual

☐ Suicidio/Depresión ☐ Drogas/Alcohol ☐ Autoexamen

☐ Prevención de lesiones/seguridad ☐ ETS/HIV/SIDA

☐ Supervisión después de la escuela

Evaluación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS

DERIVACIONES

PRÓXIMA VISITA: 16 AÑOS DE EDAD

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD

DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

DSHS 13-686 SP (REV. 08/2001)

☐ VER DICTADO

ADOLESCENCIA: 14 AÑOS

Cuidado de la salud a los 14 años

Indicadores de logros

Formas de tu desarrollo entre los 14 y 16 años de edad.

Deberías hacerte exámenes del oído y la visión con regularidad. Conversa con el doctor en cada visita sobre tu salud y tu cuerpo. Ahora es el momento para aprender cómo mantenerte sano y qué hacer si estás resfriado, tienes un dolor de oído, o una gripe.

Deberías ver a un dentista cada seis meses. Pregúntale sobre cualquier cambio en tus dientes o esmalte. Debes mostrarle tanto al doctor como al dentista, desgastes en el esmalte de los dientes.

El desarrollo es individual. Pregúntale a tus padres cuándo ellos se desarrollaron. Es muy probable que te desarrolles a la misma edad que tus padres, no cuando tus amigos se desarrollen.

Para ayuda o más información

Para información sobre la prevención de suicidios, comunícate con: Línea nacional de ayuda en crisis 1-800-999-9999 o Línea nacional para crisis Boys Town 1-800-448-3000.

Información sobre la sexualidad en los adolescentes: www.teenwire.com.

Para información sobre adolescentes homosexuales y lesbianas ponte en contacto con: PFLAG (Padres, Familiares y Amigos de Lesbianas y Homosexuales) www.pflag.com o 202-467-8180.

Para trastornos de alimentación ponte en contacto con: www.allabouteatingdisorders.com.

Para información sobre transición de salud para adolescentes con necesidades especiales de salud/incapacidades:
http://depts.washington.edu/healthtr/

DSHS 13-686 SP (REV. 08/2001)

Actividades saludables que puedes hacer

Has ejercicio, además de las clases de educación física de la escuela, el ejercicio es importante. Esto debe ser un hábito diario, como cepillarte los dientes.

Una nutrición saludable es importante. Necesitas ciertos alimentos para desarrollarte durante tu adolescencia. Puedes producirle un daño muy grande a tu cuerpo si haces dieta.

Si te preocupa tu peso, consúltalo con tu doctor.
Hay tablas representativas que indican correctamente tu peso de acuerdo a tu altura. A esta edad, las dietas para perder peso sólo deben hacerse con la supervisión de un doctor o una enfermera. La mejor manera para perder peso es hacer ejercicio, comer sano y menos golosinas.

Un adolescente puede ser muy sensible emocionalmente. Esto es parte del proceso de desarrollo. Puedes aprender a controlar el estrés
y el enojo. Puedes tomar una clase con un amigo
o tus padres para adquirir habilidades para resolución de conflictos.

Todos nos sentimos deprimidos en algún momento.
Esto es un problema serio si dura más de dos semanas. Si tú, o alguien que conozcas tiene varios de los siguientes síntomas, consulten con un doctor o consejero.

- Cambios notables en hábitos alimenticios o para dormir. Aumentan o pierden peso. No pueden dormir o duermen todo el tiempo.
- Cambio drástico de la personalidad, o comportamiento rebelde, violento, inexplicable o inusualmente severo.
- Aislamiento de la familia o amistades, fugas del hogar, siempre está aburrido y/o tiene dificultad para concentrarse y/o apariencia inusual de descuido.
- Abuso de droga y/o alcohol.
- Caída inexplicable de la calidad del trabajo escolar.
- Concentración en temas sobre la muerte, regalar objetos personales de valor.
- Conversación sobre suicidio, amenazas o planes de suicidarse, aún bromeando, o intento de matarse a sí mismo o a otros.

Consejos de seguridad

Uso de elementos de seguridad, cascos, almohadillas y cinturones de seguridad. Es de adultos hacerlo. Recuérdaselo a tus amigos.